

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Maurice DUREL

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Honfleur le 27 Mai 1903

La goutte du tendon d'Achille

Travail du service clinique du Docteur Henri PAILLARD à Vittel
et du Laboratoire de Pathologie interne et général
de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand

Président de Thèse : M. le Professeur Léon BINET

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552003_0007

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Maurice DUREL

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Honfleur le 27 Mai 1903

La goutte du tendon d'Achille

Travail du service clinique du Docteur Henri PAILLARD à Vittel
et du Laboratoire de Pathologie interne et général
de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand

Président de Thèse : M. le Professeur Léon BINET

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNEO.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.	LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
N.....	Physiologie.	HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
SANNIÉ	Chimie biologique.	LIAN.....	Pathologie médicale.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.	HAZARD	Pharmacologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.	MILLOT	Histologie.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.	MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.	MOREAU.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.	MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.	MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.	MULON.....	Histologie.
DOGNON.....	Physique.	OBERLING.....	Anatomie pathologique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.	OLIVIER.....	Anatomie.
ECALLE.....	Obstétrique.	PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
FEY.....	Urologie.	PORTES.....	Obstétrique.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.	QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL.....	Bactériologie.	RICHET.....	Physiologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.	SEZARY.....	Dermatologie et syphil- graphie.
GIROUD.....	Histologie.		
HARVIER.....	Pathologie médicale.	VALLERY - RADOT	
HOVELACQUE.	Anatomie.	(Pasteur)....	Pathologie médicale.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.	VAUDESCAL...	Obstétrique.
JOANNON.....	Hygiène.	VELTER.....	Ophthalmologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.	VERNE.....	Histologie.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.	VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.	RETTERRER....	Histologie.
LEQUEUX.....	Obstétrique.	ZIMMERN.....	Physique.
LEROUX	Anatomie pathologique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL LAVASTINE. .	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVÉ-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE HENRI

Médaille militaire, Croix de guerre,
tombé au Champ d'honneur, à Anzin-Saint-Aubin,
le 22 octobre 1915.

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR MARIE,

Médaille d'or des épidémies,
Infirmière bénévole à l'Hôpital auxiliaire n° 113,
décédée le 7 janvier 1918.

A LA MÉMOIRE DE MON ARRIERE GRAND-PÈRE,
LE DOCTEUR LACROIX-LACOMBE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-ONCLE,
LE DOCTEUR REMUSAT

A MON PÈRE, LE DOCTEUR LÉON DUREL

*dont la vie toute de dévouement et
d'apostolat a suscité ma vocation.
Hommage de ma profonde véné-
ration.*

A MA MÈRE

*faible témoignage de ma piété
filiale, en reconnaissance des sacri-
fices consentis.*

A MA BELLE-MÈRE

*en reconnaissance de son hospita-
lité généreuse durant les longues
années de mes études.
Témoignage de mon affection.*

A MA FEMME

A mes enfants : SOLANGE, ROGER, BERNARD.

A mes beaux-frères, les DOCTEURS RENÉ LE BRUN
et JACQUES DESLANDRES

A MES FRÈRES ET SOEURS

A MES BELLES-SOEURS
ET A MES AUTRES BEAUX-FRÈRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BINET

*qui a bien voulu nous faire le
grand honneur de présider cette
thèse, en hommage de ma pro-
fonde gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI PAILLARD,
Professeur à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand

*dont nous avons eu l'honneur
d'être l'assistant à Vittel, pen-
dant la saison 1930.*

*Qui a bien voulu nous procu-
rer les éléments de cette thèse
et guider nos pas dans notre
travail.*

*En témoignage de mon admi-
ration et de ma profonde recon-
naissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

MM. le PROFESSEUR SERGENT ;
le PROFESSEUR GOSSET ;
le DOCTEUR GRENET ;
le PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY ;
le DOCTEUR BENSEAUDE.

Externat :

MM. le DOCTEUR WIART ;
le DOCTEUR GANDY ;
le DOCTEUR MILIAN ;
le DOCTEUR GUILLEMOT ;
le PROFESSEUR AGRÉGÉ HARVIER ;
le DOCTEUR COUTELA ;
le DOCTEUR LEVANT.

A MM. LES DOCTEURS ET AMIS

PRUVOST, CAIN, Médecins des Hôpitaux ; PIGNOT,
CAUTRU, GOIDIN, RACHET, COFFIN, BIDER-
MANN, DELAFONTAINE, AUROUSSEAU.

HISTORIQUE

De tout temps l'attention des observateurs a été frappée par les nodosités qui se produisent au cours de la goutte chronique et constituent une de ses manifestations essentielles.

Les descriptions que Sydenham, Garrod, Lécorché, nous ont données du tophus goutteux sont remarquables. Tous reconnaissent leur signification pathogénomique de première valeur et considèrent leur découverte comme la signature de l'affection goutteuse.

Le tophus goutteux (de *τοφος*, tuf) est, comme l'ont bien montré les travaux du Professeur Chauffard et de ses élèves, formé par des dépôts uratiques et cholestériniques, avec une réaction cellulaire d'intensité et de qualité variables.

Ses localisations sont multiples : le tophus auriculaire est le plus apparent ; il constitue en quelque sorte le stigmatte extérieur de la goutte ; mais les plus fréquents des tophi sont ceux qui siègent, dans les tissus périarticulaires, dans les capsules articulaires et, même, dans les extrémités osseuses ainsi que le montre la radiographie. Ces notions ont été bien

établies par tous les auteurs, depuis Thomas Sydenham jusqu'à Lécorché à qui nous devons des études si remarquables sur la goutte, études dont la valeur n'a pas été dépassée pour tout ce qui concerne le point de vue clinique.

Les manifestations tendineuses de la goutte ne leur ont également pas échappé. Tous ont noté la fréquence relative de la goutte tendineuse. Par contre ils reconnaissent qu'en dehors des incrustations de leurs tendons, les muscles restent indemnes de toute lésion goutteuse dans leur partie charnue.

On a signalé l'existence de dépôts tophacés dans la plupart des tendons : tendons extenseurs des orteils à la face dorsale du pied, tendons de la patte d'oie (Lécorché), tendons des adducteurs de la cuisse (Rendu), tendons extenseurs des doigts (Bramson), tendons fléchisseurs des doigts, tendons des péroniers latéraux. Mais, ainsi que Lécorché le remarque, c'est plus souvent *le tendon d'Achille* qui est le siège des manifestations goutteuses.

La goutte du tendon d'Achille, et, d'une façon plus générale, la goutte tendineuse ont été décrites autrefois, mais elles ont été un peu délaissées dans les traités classiques ; nous reportant d'autre part au cours de nos recherches bibliographiques aux travaux qui ont été consacrés à la pathologie du tendon d'Achille, et relisant, en particulier, la remarquable thèse de Lemée et les travaux fort intéressants de de Bovis sur les tendinites et péri-tendinites, nous avons été frappé par la place limitée que ces auteurs

ont paru donner à l'achilléite goutteuse dans le vaste chapitre des achillotendinites.

Signalons toutefois qu'après les travaux de Schanz et de Drehmann, Baracz a donné, sous le nom de « Tendinitis Achillea arthritica », une description remarquable qui nous paraît correspondre à l'affection que nous étudions ici. Il n'a pas mis franchement l'étiquette goutteuse, sans doute parce qu'il n'a pas constaté chez ses malades de coexistence avec d'autres manifestations goutteuses franches, mais nous tenons à signaler son travail qui nous paraît être un modèle de description clinique.

Nous voudrions reprendre ici l'étude de la goutte tendineuse simplement en ce qui concerne la goutte du tendon d'Achille.

Nous serons appelé à étudier successivement :

- 1° Les incrustations goutteuses du tendon d'Achille;
- 2° Les crises de goutte aiguë sur le tendon d'Achille ;
- 3° Les troubles coexistants.

Nous ajouterons quelques mots sur le diagnostic et le traitement.

*
* *

Rappelons que le tendon d'Achille normal forme une corde solide, lisse et souple, qui s'étend de la tubérosité postérieure du calcaneum au triceps sural. Son insertion calcanéenne se fait par une extrémité légèrement élargie sur la moitié inférieure de la face postérieure de cette tubérosité. Long de 8 à 10 cen-

timètres, il présente au niveau de l'articulation tibio-tarsienne une largeur de 12 à 15 millimètres, une épaisseur de 5 à 6 millimètres.

Au point de vue de son aspect extérieur : situé à la face postérieure de la région tibio-tarsienne, il apparaît comme une saillie médiane verticale extrêmement accessible à l'inspection et à la palpation, même chez les sujets obèses, où on peut le sentir sous l'aspect d'une corde tendue, limitée latéralement de chaque côté par les gouttières rétro-malléolaires plus facilement dépressibles.

ETUDE CLINIQUE

I. — LES INCRUSTATIONS GOUTTEUSES DU TENDON D'ACHILLE

(Lithopézie achilléenne)

Certains goutteux et certains individus exempts de toute manifestation goutteuse signalent au médecin une tuméfaction ou un endolorissement des tendons d'Achille, suivant que l'un des symptômes a le premier attiré l'attention du malade. Souvent d'ailleurs, les deux symptômes sont d'apparition simultanée. Le malade souffrant d'un ou des deux tendons d'Achille a remarqué à leur niveau une tuméfaction.

Parfois enfin c'est une découverte du médecin au cours de l'examen complet d'un goutteux ; tel, par exemple, le cas d'une percussion des tendons d'Achille lors de la recherche des réflexes achilléens révélant une douleur tendineuse manifeste.

La lésion goutteuse est ordinairement bilatérale, mais peut prédominer d'un côté. Les six observations inédites qui illustreront notre étude nous ont montré

des lésions bilatérales. Lécorché note également la bilatéralité des lésions. Il a observé un cas de goutte saturnine où les deux tendons d'Achille étaient infiltrés de concrétions uratiques.

*
**

Examinant notre malade au point de vue objectif et fonctionnel, nous notons :

Au point de vue objectif : A L'INSPECTION : de face : un élargissement du tendon qui ne dessine plus sa silhouette effilée. Cet élargissement peut aller jusqu'à doubler la largeur normale du tendon : la tuméfaction atteint 2 centimètres et demi à 3 centimètres. (Obs. I.)

De profil : l'examen révèle une saillie, parfois très nette, véritable bosselure dessinant son contour à la face postérieure du tendon d'Achille. (Obs. II.)

A LA PALPATION : l'examen révèle un épaississement du tendon. Cet épaississement peut s'étendre sur plusieurs centimètres de hauteur jusqu'à 5 à 6 centimètres, et se manifeste, soit comme un vaste tophus fusiforme incrusté dans le tendon et faisant corps avec lui, se mobilisant avec lui ; soit une succession de plusieurs bosselures irrégulières. Le tendon à ce niveau est induré, a perdu toute souplesse.

Parfois le tophus tendineux s'accompagne de péri-tendinite avec infiltration du tissu cellulaire environnant ; mais la masse topho-tendineuse reste mobilisable dans le sens latéral. Il n'y a pas d'adhérence à

la profondeur. On note seulement, outre l'induration tophacée et la débordant, un gonflement effaçant les gouttières qui séparent normalement le tendon des malléoles.

La palpation réveille une sensibilité très variable suivant les cas. Parfois nullement sensible, ou légèrement sensible à une pression forte, le tophus est dans d'autres cas très sensible, au point d'entraîner, ainsi que nous le verrons, une forte gêne fonctionnelle. Cette sensibilité chez un même individu est d'ailleurs sujette à des variations dans le temps, suivant les réactions douloureuses susceptibles de se manifester à ce niveau comme sur tout tophus goutteux.

LA RADIOGRAPHIE de la lésion, dans les rares cas où elle a été pratiquée, deux cas à notre connaissance, n'a pas permis de noter les images de géodes en zones claires arrondies comme on en observe habituellement dans les tophi articulaires ou osseux. Elle n'a montré qu'une opacité irrégulière et diffuse sur des radiographies de profil. Il nous paraît vraisemblable toutefois, qu'en observant de nouveaux cas, et en multipliant les radiographies, on puisse observer des images comparables à celles des autres tophi, s'il existe au tendon d'Achille des formations uriques ou cholestériniques conglomérées.

Au point de vue fonctionnel : Les troubles accusés par le malade sont d'intensité variable. On peut observer parfois de la douleur spontanée.

Plus souvent cette douleur est la cause d'une gêne dans le port de la chaussure, ou d'une gêne de la marche normale, ou seulement de la marche sur la pointe des pieds.

Reprenons chacun de ces symptômes :

Douleur spontanée : Elle n'existe guère qu'au moment d'une crise goutteuse. Souvent elle peut précéder ou suivre notablement cette crise. Enfin, indépendamment de toute crise goutteuse vraie, le tophus achilléen peut présenter des phases d'endolorissement durant parfois plusieurs semaines. C'est, nous le verrons, dans ces cas de goutte isolée torpide, que le diagnostic peut présenter de réelles difficultés, en particulier, avec le rhumatisme blennorrhagique si souvent localisé au talon et au tendon d'Achille (Obs. IV.)

Gêne dans le port de la chaussure : Elle est parfois telle que le malade se voit interdire le port des chaussures montantes, ou bien, s'il porte des chaussures montantes, il ne peut les maintenir serrées. (Obs. V.) Un malade s'était même fait faire par son cordonnier un soufflet spécial à la partie postérieure de ses chaussures, afin d'éviter toute constriction qui eut été douloureuse.

Gêne de la marche ordinaire : Elle est aisée à comprendre, si l'on conçoit qu'à chaque pas le tendon d'Achille accomplit un travail actif. Il forme, en effet, le bras de levier puissant qui soulève le pied postérieur, lequel supporte tout le poids du corps. Certes, cette traction est libre, sans point d'appui ; à aucun moment le tendon n'a de contact sur le calcanéum dont

il s'écarte dans l'extension du pied ; mais la seule tension du tendon réveille la douleur. Cette douleur, sans interdire complètement la marche est, chez plusieurs malades, suffisante pour qu'ils abandonnent les excursions, les marches un peu longues. L'un d'eux, chasseur fervent, dut interrompre l'exercice de son sport préféré. (Obs. IV.)

Gêne de la marche sur la pointe des pieds : Ici le travail des tendons d'Achille est beaucoup plus énergique ; ceux-ci supportent le poids du corps en porte à faux. Si le malade ne présente pas de lésions de l'avant-pied, il peut généralement « faire les pointes », car le tophus ne semble pas diminuer sensiblement la résistance du tendon d'Achille, mais il ne peut guère faire que quelques pas sur la pointe des pieds.

*
* *

L'Evolution du tophus du tendon d'Achille n'offre rien de particulier à noter. Toutefois l'ouverture avec évacuation de concrétions uratiques semble exceptionnelle. Lécorché cite cependant le cas d'un tophus achilléen (tophus situé sur le côté externe du tendon d'Achille droit, gros comme une petite noix) qui s'ulcéra et qui, en l'espace de neuf ans, donna lieu cinq ou six fois à la rupture des téguments ⁽¹⁾.

Quant à la rupture du tendon d'Achille, il ne paraît pas qu'elle ait jamais été signalée.

(1) LÉCORCHÉ : *Traité de la goutte*, p. 211.

II. — LES CRISES DE GOUTTE AIGUE SUR LE TENDON D'ACHILLE

La véritable crise de goutte aiguë se localisant au tendon d'Achille semble assez rare, mais est loin d'être exceptionnelle.

Deux cas différents : ou bien elle apparaît sur un tendon préalablement touché par la goutte chronique ; c'est une crise douloureuse se manifestant sur un tophus préexistant. C'est le cas le plus fréquent. Nous en relevons deux cas relatés par Henri Paillard dans ses observations. (Obs. III et IV.) Une fois la crise a coexisté avec une atteinte typique du gros orteil du même côté ; une autre fois la crise a été absolument isolée.

Nous devons rapprocher de ces crises aiguës intenses typiques, les périodes d'endolorissement qui durent une ou plusieurs semaines, dont nous parlions plus haut, et qui constituent des crises atténuées.

Dans d'autres cas plus exceptionnels, la crise aiguë est survenue sur un tendon d'Achille antérieurement sain ; ces modalités anormales de la goutte nous paraissent survenir volontiers à titre de première manifestation goutteuse chez des sujets jusque là indemnes de tout accès. Ceci peut sans doute expliquer la rareté de ces observations, le diagnostic étant, dans ces cas, particulièrement délicat.

Lécorché n'en méconnaît pas l'existence :

« Il peut se faire toutefois que la goutte se localise
« isolément sur un ou plusieurs tendons, précédant
« un accès ordinaire, ou constituant pendant plus ou
« moins longtemps une manifestation goutteuse dis-
« tincte. Cette goutte tendineuse offre alors une cer-
« taine analogie avec le rhumatisme blennorrhagique
« dont la prédilection pour les coulisses des tendons
« est bien connue.

« Comme le rhumatisme blennorrhagique tendineux,
« d'ailleurs, la goutte dans ces cas affecte souvent le
« tendon d'Achille, les extenseurs du pied ou de la
« main — « J'ai vu, dit Scudamare, plus d'une fois
« la partie tendineuse entière des muscles gastro-
« crémiens sévèrement attaquée de la goutte. » Le
« même auteur rapporte l'observation d'un malade qui
« sentit, après une longue marche, une tension remar-
« quable au tendon d'Achille et pensa qu'il s'était forcé
« légèrement cette partie. La gaine du tendon devint
« distendue et les téguments œdémateux. La nature
« véritable de la maladie ne fut reconnue qu'au bout
« de quelques jours avec l'apparition d'une attaque de
« goutte aiguë au gros orteil. »

.....

« Parfois la localisation tendineuse peut être la
« première manifestation de la goutte qui n'attaquera
« que plus tard le gros orteil. C'est ce que nous avons
« vu chez une dame qui eut d'abord un accès de
« goutte tendineuse sous forme de synovite du tendon
« d'Achille à son insertion avec le calcanéum. L'année

« suivant la goutte apparut au gros orteil. Plus tard, « une nouvelle localisation tendineuse se produisit, « cette fois ce fut le tendon rotulien qui fut atteint. » (1).

Nous avons d'autre part relevé au cours de nos recherches bibliographiques une observation originale de goutte aiguë du tendon d'Achille survenant comme première manifestation de la goutte chez une jeune femme, où la violence de l'accès fut telle qu'un diagnostic de phlegmon avait été porté à tort par un premier médecin consulté, et une opération d'urgence décidée qui, heureusement, ne fut pas acceptée par la malade. (Obs. VIII.)

Ici, comme dans toute crise de goutte, la brusquerie du début, la rapidité avec laquelle les symptômes fluxionnaires atteignent leur maximum d'intensité doivent faire suspecter le diagnostic de lymphangite ou de phlegmon que l'on serait trop facilement tenté de porter.

III. — LES TROUBLES COEXISTANTS

1^o) Autres manifestations tendineuses. — Elles coexistent dans un certain nombre de cas.

Dans un cas nous notons une infiltration très importante de la plante du pied (Obs. I, fig. 1 et 1 bis). Il s'agit d'une tuméfaction grosse comme un œuf de

(1) LÉCORCHÉ : *Traité de la goutte* (Chap. IV, goutte des tendons).

pigeon noyant et infiltrant les tendons de la plante du pied comme le fait la maladie de Dupuytren à la paume de la main.

Deux fois (obs. I, fig. 2 et 2 *bis*, et obs. V), dont un cas que nous avons observé nous-même au cours de notre séjour à Vittel, nous avons noté l'existence de tophi des tendons extenseurs des doigts. Lécorché en cite également un cas. (Obs. VII.)

Deux fois nous notons la coexistence de volumineux tophi olécraniens (Obs. II et VII), mais, en fait, il s'agit là de tophi cellulitiques ou développés dans la bourse séreuse olécranienne qui sont tout à fait indépendants du tendon du triceps brachial.

2°) Autres manifestations goutteuses. Elles sont infiniment plus fréquentes. Le tophus achilléen n'est alors qu'une des multiples localisations de la goutte ; mais dans certains cas celles-ci font absolument défaut : on ne note aucune autre lésion goutteuse, pas même l'existence de crise goutteuse dans les antécédents du malade ; aussi le diagnostic a pu dans certains cas ne pas être porté ou a pu prêter à des erreurs. (Obs. IV.)

Les manifestations goutteuses coexistantes sont des plus variées : tophi sous-cutanés, tophi articulaires, tophi auriculaires, goutte articulaire des orteils, des pieds, des genoux, des poignets. Parfois il faut remonter longtemps en arrière pour trouver l'empreinte goutteuse sous la forme de crises qui ne se sont jamais reproduites.

3°) Examen général du malade. L'examen général et viscéral du malade porteur de tophe du tendon d'Achille n'offre aucune particularité. Il s'agit de goutteux dont quelques-uns présentent à un certain degré les attributs de la pléthore : légère hypertension, congestion hépatique, azotémie transitoire ; celle-ci s'élevait dans un cas à 0 gr. 65. (Obs. V.)

Dans d'autres cas ce sont des goutteux héréditaires non pléthoriques.

La cholestérinémie s'est montrée particulièrement élevée dans un cas (Obs. V) : 5 grammes, chiffre vraiment considérable. Dans la plupart des autres cas la cholestérinémie était supérieure à la normale, et ce fait est à rapprocher des troubles hépatiques observés chez plus de la moitié des malades (congestion hépatique simple, sensibilité de la vésicule biliaire, ou lithiase biliaire probable.)

L'uricémie est toujours notablement élevée.

La perméabilité artérielle des membres inférieurs, recherchée dans trois cas, s'est montrée absolument normale. Dans les autres cas, le malade n'accusait aucun phénomène de claudication intermittente pouvant faire soupçonner une diminution de la perméabilité artérielle.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (H. Paillard)

Goutte tendineuse et articulaire.

F..., 31 ans.

Grand-père et père gouteux. Mère lithiasique biliaire. Une sœur aînée, âgée de 45 ans, atteinte de polyarthrite sèche.

Le malade a présenté sa première crise de goutte à l'âge de 16 ans (gros orteil droit). Pendant cinq ans, il a eu une ou deux crises par an (orteils, tibio-tarsienne droite, genoux) ; puis il a commencé à présenter des déformations permanentes articulaires et tendineuses, sans crises aiguës.

Actuellement, il présente surtout des manifestations gouteuses aux pieds et aux mains.

Pieds : Les deux pieds sont un peu épaissis dans leur ensemble ; les articulations tarsiennes et médio-tarsiennes semblent gonflées, mais sont peu ou pas douloureuses. *Des deux côtés, surtout du côté droit, les tendons d'Achille sont tuméfiés* ; la tuméfaction part du calcaneum (dont on la dissocie), remonte le long du tendon d'Achille sur une hauteur de cinq centimètres environ, en formant plusieurs bosselures irrégulières ; la largeur de la tuméfaction atteint

2 centimètres 1/2 à 3 centimètres ; la surface est légèrement grenue, la palpation forte un peu douloureuse.

A la plante des deux pieds, surtout du côté droit, on relève une tuméfaction grosse comme un œuf de pigeon, plus près du bord interne que du bord externe ; cette tuméfaction, dure, fait corps avec les tendons plantaires (fig. 1 et 1 bis).



FIG. 1 et 1 bis. — Tophus du tendon d'Achille et tophus plantaire.

Mains : Les déformations tendineuses sont représentées sur les figures 2 et 2 bis. Les tendons extenseurs semblent

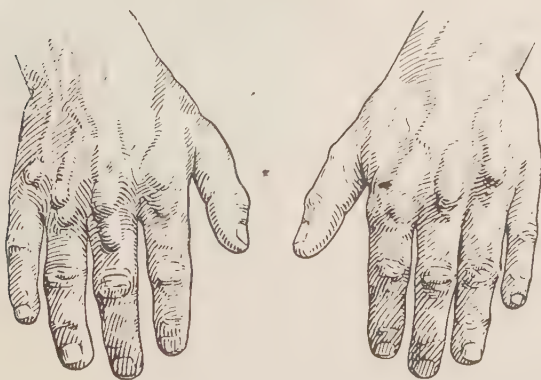
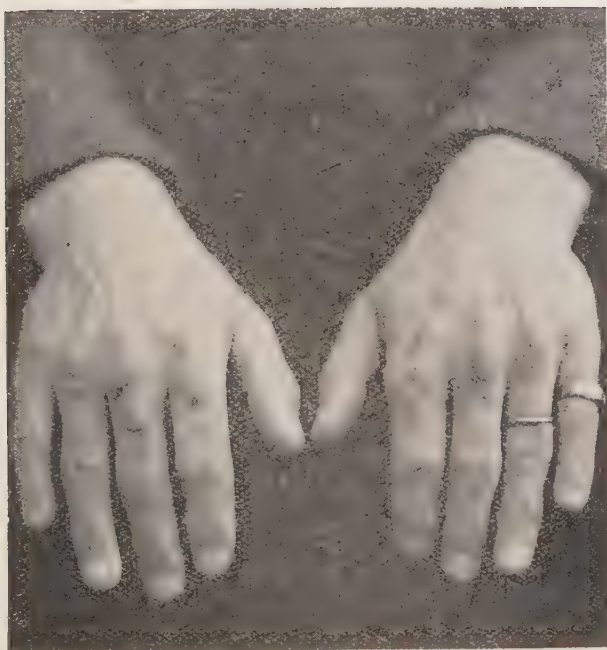


FIG. 2 et 2 bis.
Infiltration tophique des tendons extenseurs des doigts.

engainés dans un épaissement synovial qui par endroits atteint la grosseur du petit doigt et qui, au niveau par exemple de la 3^e articulation métacarpo-phalangienne droite, subit deux renflements ovoïdes « en goutte » qui sont nettement indiqués sur la figure. Les renflements en goutte existent également sur les autres tendons extenseurs.

Rien aux aponévroses palmaires. La mobilité des doigts est un peu diminuée.

Ces lésions chroniques tendineuses des pieds et des mains ne sont pas, à proprement parler, douloureuses, mais de temps à autre, surtout au niveau des pieds (tendon d'Achille et plante), le malade présente des poussées subdouloureuses qui gênent très nettement la marche.

Tension : 14-8 (Pachon-Gallavardin).

Urines : ni albumine, ni sucre.

Sang : urée : 0 gr. 37 par litre de plasma ;

acide urique : 0 gr. 058 par litre de plasma ;

cholestérine : 2 gr. 82 par litre de plasma ;

la glycémie est de 1 gr. 17.

Une radiographie des tendons d'Achille, faite de profil, a montré un épaissement sombre sans zones claires.

Le malade a fait une cure de Vittel avec profit (cure de boisson et bains locaux de lumière bleue des pieds et des mains).

OBSERVATION II (H. Paillard).

Goutte articulaire et tendineuse.

A... C..., 62 ans.

Le début des accidents goutteux remonte à plus de 30 ans; les crises se sont déroulées à intervalles variables,

mais sans longue rémission ; elles ont intéressé surtout les pieds, les genoux, les poignets et les coudes.

Les déformations tophiques se sont développées progressivement.

Pieds : les deux gros orteils sont tuméfiés chroniquement et présentent une semi-ankylose de l'articulation métatarso-phalangienne ; le tarse est épaissi ; les deux tendons d'Achille sont infiltrés par des dépôts tophacés faisant une saillie à l'extérieur (fig. 3 et 3 bis) ; ces tendons sont nettement indurés, ont perdu toute souplesse, sont peu



FIG. 3 et 3 bis. — Tophus du tendon d'Achille.

mobilisables dans le sens latéral ; il y a une forte péri-tendinite en même temps qu'une tendinite. L'insertion même du tendon d'Achille sur le calcaneum n'est pas

douloureuse à la palpation ; l'infiltration tophique située au-dessus est sensible à la palpation forte.

En raison des lésions de l'avant-pied et sans doute aussi en raison de l'infiltration des tendons d'Achille, il est absolument impossible au malade de se tenir sur la pointe des pieds, et, à plus forte raison, de marcher dans cette attitude.

La marche régulière est un peu gênée ; la perméabilité des artères des membres inférieurs à l'oscillomètre de Pachon est normale.

Genoux : Tuméfaction du genou droit, surtout au niveau du plateau tibial interne ; nombreux craquements des deux genoux.

Coudes : Gros tophi olécraniens, surtout du côté gauche ; ces tophi sont cellulitiques et non tendineux.

Poignets et mains : Epaississement de l'articulation du poignet droit. Epaississement et moindre mobilité de la plupart des articulations métacarpo-phalangiennes.

Deux tophi auriculaires.

Examen viscéral : satisfaisant. Tension Mx : 14 à 15.

Tension : 14 à 15 — 9 (Pachon-Gallavardin).

Urée sanguine normale.

Uricémie : 0 gr. 084.

Le malade a suivi une cure régulière de Vittel.

Diurèse de cure un peu lente, malgré le clinostatisme ; diurèse nycthémerale satisfaisante.

Action cholagogue et laxative de la source Hépar.

Action favorable des bains locaux de lumière bleue.

OBSERVATION III (H. Paillard).

G..., 58 ans.

Hépatique, hémorroïdaire, gouteux.

1° Le **foie** est l'organe qui attire l'attention depuis de

longues années ; le père était lithiasique biliaire ; ici il n'y a aucune crise de colique hépatique, mais la vésicule est souvent grosse et sensible ; le bord inférieur du foie dépasse le rebord costal de 1 à 2 travers de doigt.

Il existe une constipation habituelle, toujours améliorée par les cholagogues doux.

La cholestérine sanguine n'a pas été dosée, mais il existe un cercle cholestérinique oculaire très net.

Sans doute sous l'influence de la congestion hépatique, il y a eu à plusieurs reprises des poussées hémorroïdaires, avec douleurs et saignements ; le saignement répété a même provoqué un certain degré d'anémie. On a pratiqué plusieurs injections sclérosantes, puis une dilatation anale.

2° Il existe depuis plusieurs années des **douleurs à type goutteux** prédominant dans la région du pied, du calcanéum et surtout du tendon d'Achille. Les deux tendons d'Achille sont très nettement épaissis et très sensibles à la palpation ; le malade porte des chaussures basses et ne peut supporter aucune constriction sur cette région. Les tendons sont élargis d'une façon fusiforme, régulière et à peu près symétrique. Les calcanéums ne sont pas douloureux. Pas de déformation des articulations des pieds.

Aucune autre localisation tendineuse. Deux tophi auriculaires discrets.

Les tuméfactions achilléennes ont été à deux reprises le siège de poussées fluxionnaires qui sont certainement des crises de goutte ; la première n'a pas été identifiée ; la seconde a guéri par le traitement usuel de l'accès de goutte.

Tension artérielle : Mx 15 à 16 1/2 ; Mn 8 à 9 1/2
(Méthode auscultatoire et Pachon-Gallavardin).

Urines : ni albumine, ni sucre.

Le malade, observé pendant 3 ans à Vittel, a fait usage de la Grande Source et de la Source Hépar, et a pris des bains locaux de lumière bleue des deux pieds, en insistant

sur la région du tendon d'Achille. Il a retiré un très gros bénéfice de ses trois cures, tant au point de vue goutteux qu'hépatique. Les tendons d'Achille ont partiellement dégonflé et sont devenus à peu près insensibles ; la marche est beaucoup plus aisée. Le foie s'est décongestionné et la sensibilité vésiculaire s'est considérablement atténuée. L'activité physique et intellectuelle du malade est redevenue tout à fait normale.

OBSERVATION IV (H. Paillard).

Radiculalgie scapulaire. Achilléite goutteuse et talalgie. Insuffisance hépatique.

S..., 52 ans.

L'insuffisance hépatique est la première affection en date : légère congestion du foie, teint jaune, urobiline en excès dans les urines, constipation intermittente. Tension : 13 1/2 - 7 (Vaquez). Examen viscéral satisfaisant par ailleurs.

Urines : ni albumine, ni sucre.

Sang : urée, 0 gr. 42.

La **radiculalgie scapulaire** a duré deux ans, avec douleur spontanée dans la région de l'articulation scapulo-humérale gauche et de l'omoplate. A la palpation, un point douloureux très net et très constant dans la fosse sus-épineuse. Sensibilité extrême au froid, avec nécessité de porter une gaine de flanelle sur toute la région douloureuse. Le diagnostic de radiculalgie repose sur le fait que ces troubles coïncidaient avec une arthrite des dernières vertèbres cervicales et sur le fait que les phénomènes douloureux ont été sensiblement améliorés, puis progressivement guéris par la diathermie et la radiothérapie sur la région cervicale.

L'**achilléite** et la **talalgie** ont intrigué nombre de médecins ; on a usé et abusé des applications médicamenteuses locales, du massage et on a même pratiqué, à titre d'essai, de la vaccinothérapie anti-gonococcique. La talalgie était révélée seulement par la palpation profonde ; il semble qu'on en ait exagéré l'importance vis-à-vis du malade qui a fixé son attention dessus. Les tendons d'Achille sont nettement épaissis, d'une façon régulière, fusiforme ; la palpation est sensible ; la marche prolongée est impossible et le malade, qui était un grand chasseur, a dû, à son grand regret, abandonner ce sport.

Perméabilité artérielle normale aux deux cous-de-pied. En l'absence de toute autre manifestation goutteuse nette, le diagnostic de goutte a été posé à l'occasion d'une crise douloureuse aiguë sur l'un des tendons d'Achille. La tuméfaction, la rougeur, la douleur exquise, l'amélioration par la colchicine ont permis de poser le diagnostic de goutte tendineuse aiguë. Le régime alimentaire, les cures de Vittel répétées, les bains locaux de lumière bleue ont amené une amélioration décisive et telle que, depuis 3 ans, les tendons d'Achille ont retrouvé, non leur volume normal, mais leur souplesse et leur indolence.

OBSERVATION V (H. Paillard et M. Durel).

L..., 51 ans.

Goutteux, azotémique et hépatique.

La **goutte** a débuté, il y a 30 ans environ, par deux accès typiques ; puis elle n'a donné lieu à aucun nouvel accès, mais à des phénomènes de lithopexie progressive à prédominance tendineuse. Les tendons intéressés sont épaissis, raidis, indurés, mais peu douloureux. Les deux localisations tendineuses électives sont :

1° Les tendons d'Achille pris d'une façon à peu près symétrique, le tendon ayant une largeur double de la normale et une épaisseur antéro-postérieure telle que dans l'examen du pied de profil, le tophus du tendon d'Achille forme une saillie évidente à l'inspection. La palpation est peu douloureuse, mais il est interdit au malade de porter des chaussures montantes serrées. La consistance paraît homogène. Le malade peut à peu près « faire les pointes » sur les avant-pieds ; la solidité des tendons n'est donc pas diminuée sensiblement. Il n'a pas été fait de radiographie latérale des tendons.

2° Les tendons extenseurs des doigts, qui sont sinueux, épaissis et bosselés. La disposition revêt à peu près la même forme que dans l'observation I ; il n'y a rien aux aponévroses palmaires.

Ces déformations des tendons extenseurs sont restées longtemps un mystère pour le malade, qui est tout étonné quand nous lui présentons les figures 2 et 2 bis, où il retrouve exactement ses lésions.

L'exploration minutieuse des autres régions tendineuses ne montre rien de particulier.

Léger épaississement des deux articulations métacarpo-phalangiennes de la main droite.

Il y a eu autrefois des tophi auriculaires, qui ont disparu.

Le malade présente assez souvent du sable uratique dans les urines.

Uricémie : 0 gr. 063 (sur le sérum).

Cholestérinémie : 5 gr. Ce chiffre énorme (constaté par un des meilleurs laboratoires parisiens) est à retenir tout spécialement.

L'insuffisance rénale se traduit par une **azotémie à 0 gr. 65**, qui se réduit d'ailleurs à 0 gr. 30 après quinze jours de régime hypoazoté strict. Les urines ne contiennent pas d'albumine (même les urines de l'après-midi examinées après le repas et la marche).

Tension artérielle : Mx 13 à 13 1/2 ; Mm 7 à 8 (méthode auscultatoire).

Mais il a un *bruit de galop intermittent* et de l'oppression à l'effort.

Au repos, la respiration est calme et le *maximum d'apnée volontaire* peut atteindre jusqu'à 63 secondes.

Le foie est congestionné, et il ne semble pas qu'il s'agisse là exclusivement, ni même pour une part prédominante, de stase d'origine cardiaque ; le foie dépasse le rebord costal de 4 travers de doigt au niveau du lobe gauche, de 2 à 3 travers au niveau du lobe droit ; il est régulier, un peu consistant, non sensible.

L'examen viscéral est entièrement satisfaisant par ailleurs.

La cure de Vittel s'est déroulée d'une façon entièrement satisfaisante, avec très bonne diurèse, mesurée quotidiennement, avec baisse de l'azotémie à 0 gr. 30, avec réduction assez notable du volume du foie. Les bains locaux de lumière bleue des pieds et des mains, donnés concurremment avec la cure de boisson, ont semblé assouplir notablement les régions malades.

OBSERVATION VI (H. Paillard et M. Durel).

Pléthore. Goutte tendineuse et veineuse. Achilléte goutteuse. Glycosurie alimentaire.

P..., 49 ans.

Pléthore : 103 kilos pour une taille de 1 m. 76 ; teint coloré ; foie débordant le rebord costal de 2 travers de doigt.

Tension : 16-10 1/2 (Pachon-Gallavardin).

Sang. urée : 0 gr. 46 ;

acide urique : 0 gr. 09 ;

cholestérine : 2 gr. 90 ;

glycose : 1 gr. 65.

Urines : pas d'albumine ;

pas de sucre le matin à jeun ;

10 grammes de sucre par litre dans les
urines de 15 heures.

Crise de goutte atténuée au gros orteil gauche en 1925.

Crise de phlébite goutteuse en 1926.

Actuellement, infiltration des deux tendons d'Achille, non visible à l'inspection, mais évidente à la palpation, doublant environ le volume du tendon, sensible à la palpation et au port de la chaussure.

Perméabilité artérielle normale aux deux membres inférieurs.

Sous l'influence de la cure de Vittel, perte de poids importante, diminution de volume du foie, baisse de la tension à 14-8, diminution de la glyscurie, assouplissement des tendons d'Achille.

Les bains locaux de lumière bleue ont été employés systématiquement.

OBSERVATION VII (Lécorché ⁽¹⁾, observation résumée).

Goutte chronique. Colique néphrétique. Tophi multiples. Luxations et déviations articulaires. Suppuration d'un tophus. Elimination de la deuxième phalange de l'index gauche.

Goutte chronique chez un homme de 70 ans, succédant à une goutte aiguë ancienne ayant débuté à 38 ans. Une colique néphrétique à 53 ans.

(1) LÉCORCHÉ : *Traité de la goutte*, p. 214, obs. XX.

Cette goutte chronique se manifeste par des déformations et des tophi multiples.

Déformations des orteils, articulations tarsienne et médio-tarsienne encroûtées ; tous ces tophi sont très durs, sous-cutanés ; la peau glisse sur eux très facilement. Pas de cicatrices ; aucun de ces tophi ne s'est ulcéré. La peau n'est pas rouge ; pas d'induration superficielle. Il faut exercer une pression assez forte sur les tophi pour déterminer de la douleur. Ils semblent siéger sur les ligaments péri-articulaires.

« Dans la partie postérieure du cou-de-pied, en avant du tendon d'Achille, on trouve, à gauche, un tophus assez volumineux ; à droite, une sorte d'encroûtement du même tendon. »

Au genou, absence de déformations, mais lésions d'arthrite chronique : craquements de la jointure, empâtement de la masse adipeuse sous-synoviale.

Au coude gauche, tophus volumineux sous-cutané, paraissant siéger dans la bourse olécranienne ; à droite, tophus plus petit.

Déformations cutanées des mains, au niveau des doigts, surtout de la main gauche, où toutes les articulations phalangiennes sont ankylosées ; cicatrice à la face externe de l'index gauche, trace d'une suppuration ayant duré un an et abouti à une sorte d'élimination de la 2^e phalange.

A la main droite, tophi de la grosseur d'un noyau de cerise, paraissant siéger dans les gaines des extenseurs.

Une dizaine de petits dépôts tophacés à chaque oreille.

OBSERVATION VIII (D. M.) ⁽¹⁾

Sous le titre « Trois erreurs de diagnostic à l'occasion d'accès de goutte aiguë », D. M. rend compte d'un cas de goutte aiguë se manifestant par une ténosite achilléenne qu'il rapporte à une modalité anormale de la goutte, et pour laquelle le diagnostic de phlegmon avait été porté à tort.

« Au printemps 1922, un samedi, vers 17 heures, un appel téléphonique nous retient au moment même où nous nous préparions à partir en province. Nous sommes invité à passer voir d'urgence une jeune dame « très malade », disait-on, que nous avons vue antérieurement deux fois à notre cabinet, en 1919 et au début de 1922. Nous nous récusons pour de multiples raisons, dont l'impossibilité matérielle nous dispense d'énumérer les autres, et conseillons de voir d'urgence un confrère.

« Mère, mari, nurse interviennent, nous proposant de nous amener la patiente immédiatement en ambulance. Nous ne pouvons que répéter que notre train part dans un quart d'heure, et qu'il y a, en conséquence, absolue impossibilité dont nous nous excusons. Nous ne pouvons nous empêcher de demander : « Mais, qu'y a-t-il donc de si grave ? » La nurse nous explique qu'une douleur « intolérable », avec gonflement « effrayant », s'est développée à la jambe gauche, et nous supplie de conseiller au moins quelque chose pour soulager la patiente, pour laquelle un rendez-vous est fixé chez moi pour le lundi soir.

« Nous reportant à l'observation que nous avons prise

(1) D. M. Trois erreurs de diagnostic à l'occasion d'accès de goutte aiguë. Press. Méd., n° 104, 30 déc. 1922, p. 2.178.

antérieurement, nous « réalisons » qu'il s'agit d'une jeune femme de 26 ans, récemment mariée, obèse sous-ombilicale, insuffisante pl'uriglandulaire, hyposphyxique typique, sans lésion organique appréciable. La patiente avouait une sédentarité presque absolue et plaidait — circonstance atténuante — que la marche lui était rendue fort pénible par une douleur récidivante au tendon d'Achille, où nous avions décelé, en effet, une ténosité que maintes circonstances cliniques nous avaient fait considérer comme une modalité anormale de goutte torpide. De fait, diététique convenable, physiothérapie progressive, adjuvances médicamenteuses avaient procuré une amélioration notable. La jeune fille s'était mariée récemment et de nombreuses fêtes avaient été données à cette occasion, avec, pensais-je, les excès alimentaires inévitables.

« Tout en nous défendant de toute consultation et de toute ordonnance dans des conditions aussi anormales, nous cédon's aux instances de notre interlocutrice et suggérons, sous toutes réserves : un pansement calmant (liniment laudanisé), une dose assez élevée d'aspirine mitigée de caféine (pour éviter l'action dépressive bien connue), et la diète hydrique sous forme de citronnade.

« Le lundi soir, quarante-huit heures après, au rendez-vous fixé, nous trouvons, accompagnée de son mari, la jeune femme souriante, pimpante et relativement alerte, marchant seule avec l'aide d'une canne, avec un léger « boitaillement ».

« Notre étonnement était très grand. « Voilà donc, nous exclamons - nous, la grande malade si dangereusement atteinte ! » — « Mais le traitement m'a guérie », me répond l'intéressée. Notre examen nous montre un bas de jambe encore légèrement empâté, avec localisation douloureuse manifeste dans la région du tendon d'Achille, au niveau de l'insertion calcanéenne.

« Au dire de la patiente et de son mari, la jambe et

le pied, rouges et doublés de volume, avec enflure douloureuse « où le doigt enfonçait », se sont réduits de moitié depuis quarante-huit heures. Devant le résultat thérapeutique, il est évident qu'il s'agissait de « fluxion » goutteuse.

« Je ne me serais cependant pas expliqué l'émoi vraiment excessif du samedi soir, si l'on ne m'avait avoué alors qu'un diagnostic de phlegmon avait été porté et une intervention estimée urgente, à laquelle la patiente n'avait pu se résoudre. »

*
* *

OBSERVATIONS DE BARACZ

R. V. Baracz : Tendinitis Achillea arthritica comme forme clinique de l'« état morbide particulier du tendon d'Achille ». — Centralblatt für Chirurgie, N° 1, 6 janvier 1906. Analysé par Sabrazès, « Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux », N° 12, 25 mars 1906, p. 135.

Schanz incrimine un surmenage exagéré du tendon et parle de tendinitis Achillea traumatica. Ce qui ne doit pas être identifié avec l'Achillodynie signalée tout d'abord par E. Albrecht, car, dans cette dernière, la douleur est exactement ressentie à l'insertion du tendon. Mais il existe un état morbide analogue d'une toute autre étiologie : en hiver, par les temps de neige, les obèses, les goutteux, les rhumatisants se plaignent parfois de douleurs pendant la marche : le déroulement du pied est évité ; il en résulte une boiterie.

Les malades eux-mêmes localisent la douleur dans le tendon d'Achille et font remarquer qu'il existe un épaissis-

sement à son niveau. De fait, il existe là un épaississement fusiforme plus ou moins accusé.

La peau enveloppante est plus ou moins rouge et plus ou moins chaude au palper, suivant l'intensité de la maladie. La palpation révèle une sensibilité exagérée et un épaississement net du tendon commençant au-dessus de l'extrémité inférieure du tendon et pouvant aller jusqu'à l'insertion musculaire.

Bien souvent, on trouve, à côté de l'épaississement, des nodosités un peu aplaties, dures, très douloureuses, du volume d'une noisette, qui déforment le talon. La maladie fait des retours offensifs parfois chaque hiver et même plusieurs fois dans un même hiver. Beaucoup souffrent en outre de douleurs, de rhumatisme articulaire et musculaire (lumbago).

Il s'agit le plus souvent de sujets issus de gouteux abusant de la table et des spiritueux ; chez aucun d'eux R. V. Baracz n'a pu constater d'accès de goutte aiguë typique. Plusieurs, dont on examina l'urine pendant l'affection, avaient de l'oligurie et un dépôt uratique très abondant.

L'inflammation du tendon se produit à l'improviste et subitement ; un surmenage exagéré du tendon joue quelquefois un rôle provocateur.

Dans les cas très aigus surviennent spontanément et subitement des douleurs perçantes dans le talon, comme dans la goutte aiguë, douleurs qui cessent en vingt-quatre à quarante-huit heures ; l'impossibilité de la marche dure deux à trois jours, très rarement quatre à cinq jours. Cependant la sensibilité du tendon au palper et le gonflement persistent plusieurs semaines, pour disparaître ensuite spontanément.

Les deux tendons sont frappés en même temps ou successivement. J'ai aussi pu constater cette affection d'un seul côté, avec ou sans douleurs articulaires concomitantes, avec ou sans coexistence de gonflement de la bourse séreuse rétro-calcanéenne. Il est des cas où un côté est plus atteint que l'autre,

La maladie peut guérir sans laisser de traces ; mais bien des fois un épaissement et une déformation noueuse restent dans le talon, qui redevient douloureux à chaque nouvelle atteinte. Un malade d'âge moyen déclarait avoir souffert de cette affection depuis l'âge de 22 ans, surtout en hiver ; les accès étaient au début moins violents et moins pénibles ; c'est seulement dans ces dernières années que cet homme s'aperçut d'un gonflement plus marqué. Il avait eu plus d'une centaine d'atteintes semblables, tantôt sur un, tantôt sur les deux tendons. Il signalait le début de la maladie dans le cours d'un rhumatisme aigu, violent, accompagnant l'influenza. Il assurait n'avoir eu ni blennorrhagie ni syphilis. On pouvait noter chez lui un épaissement constant des deux tendons d'Achille.

DIAGNOSTIC

Il se pose dans deux conditions tout à fait différentes :

1°) Ou bien il s'agit d'un goutteux avéré dont les manifestations achilléennes sont surajoutées à des lésions typiques des articulations, des os, ou du tissu cellulaire.

2°) Ou bien il s'agit de sujets chez lesquels les manifestations tendineuses sont isolées.

*
* *

Dans le premier cas le diagnostic de goutte du tendon d'Achille est facile à établir. Evidemment, il serait abusif de cataloguer systématiquement sous la rubrique goutteuse tous les accidents que peut présenter un goutteux ; mais lorsque ces troubles s'apparentent très nettement à ceux que nous avons décrits, lorsque la thérapeutique antigoutteuse juggle l'affection d'une façon rapide il n'y a pas d'hésitation possible.

La difficulté apparaît dans le second cas. Lorsqu'on relit les travaux antérieurement publiés et, en particulier, la thèse de Lemée, on se rend compte que toute une série de faits, que nous rangeons personnel-

lement sous la rubrique de goutte primitive du tendon d'Achille, ont été diversement interprétés, et qu'en particulier certains auteurs ont considéré l'achilléite comme souvent traumatique bien plus que diathésique.

Nous allons discuter ici les différents diagnostics différentiels qui nous paraissent à envisager.

1°) Les tumeurs du tendon d'Achille. — Elles sont certainement rares ; Kirmisson rapporte une observation de fibrome du tendon d'Achille ; la lecture de cette observation n'entraîne pas la certitude de ce diagnostic, et Kirmisson lui-même eut penché vers une interprétation rhumatismale si le malade avait eu d'autres manifestations diathésiques. Son malade était jeune (29 ans), mais un des malades dont nous rapportons l'observation avait 31 ans et présentait de très grosses lésions achilléennes, plantaires et tendineuses de la main.

2°) Les tendinites infectieuses. — La plus importante est la tendinite blennorrhagique. A vrai dire elle intéresse plus souvent la bourse séreuse rétro-calcanéenne ou sous-calcanéenne, l'insertion inférieure du tendon d'Achille ou l'insertion postérieure du grand ligament plantaire.

Sous le nom d'Achillodynie on a décrit la douleur limitée rétro-calcanéenne qui peut être observée au cours de la gonococcie ; cette affection se différencie très nettement de la goutte du tendon d'Achille telle que nous l'avons décrite. Cependant il paraît indéniable que certains gouteux souffrent vraiment de la partie tout à fait inférieure du tendon d'Achille, de tel ou

tel point d'insertion tendineuse ou ligamenteuse ; la topographie des douleurs goutteuses est infinie et ce n'est pas d'après une localisation que l'on doit faire un diagnostic étiologique. En présence d'une achillobursite, ce ne sont ni les caractères, ni la topographie de la douleur qui doivent faire le diagnostic étiologique, mais l'ensemble des circonstances dans lesquelles survient l'affection en même temps que l'influence du traitement d'épreuve.

Bacquée signale une achillite bilatérale chez un malade ayant présenté une angine diphtérique et ayant reçu deux injections de 20 centimètres cubes de sérum. Cette réaction est survenue 8 jours après la deuxième injection et était caractérisée par une tuméfaction rouge et douloureuse qui a duré une semaine environ. Il s'agit donc ici plus d'accidents sériques que d'accidents infectieux ; mais ce qui est particulièrement intéressant c'est que chez ce malade de 26 ans les tendons d'Achille s'étaient montré déjà douloureux antérieurement, en particulier pendant le service militaire. Il y avait donc peut-être une atteinte diathésique antérieure qui a fait point d'appel pour la localisation des accidents sériques.

3°) Les achillites traumatiques. — Schanz a décrit sous le nom de « Tendinitis achillea traumatica », une série de faits, qui sont, dans l'ensemble, assez comparables à ceux que nous avons décrits, mais qu'il interprète d'une façon différente : élongation du tendon, traumatisme par le bord supérieur d'une chaussure montante, etc... Lemée se rattache volontiers à cette

manière de voir et, en somme, ces auteurs admettent que le traumatisme joue le rôle initial et que le rhumatisme n'intervient qu'à titre de facteur prédisposant.

A notre sens, il convient plutôt d'interpréter les faits en sens inverse ; l'élément diathésique est le fait initial et le traumatisme peut intervenir pour influencer sur la lésion locale, pour l'exagérer ou l'entretenir.

Peu après la description de Schanz, Baracz opposait la « Tendinitis achillea arthritica » à la « Tendinitis achillea traumatica » et son opinion que nous reproduisons à la suite de nos observations est clairement exposée.

Il ne s'en suit pas toutefois que l'on doive nier le rôle possible du traumatisme et il faut, en particulier, en tenir grand compte dans le traitement et les prescriptions d'hygiène que l'on doit recommander aux malades.

4°) La cellulite et la synovite péri-tendineuses. —

Lemée rapporte une série d'observations, en particulier observées chez des militaires, et qu'il range sous les rubriques précédentes. Il semble s'agir de cellulite traumatique inflammatoire ou diathésique existant autour du tendon d'Achille, mais respectant le tendon lui-même. Nous avons nous-mêmes observé une série de cas dans lesquels il existait chez les goutteux de la cellulite péri-tendineuse mais il est toujours facile par une palpation attentive de voir si le tendon est pris ou si c'est seulement l'atmosphère péri-tendineuse qui est intéressée.

TRAITEMENT

1°) Traitement de la goutte aiguë du tendon d'Achille.

— C'est le traitement de la crise de goutte en général. Le malade doit être mis au repos en position allongée. On badigeonnera la région douloureuse avec un liniment calmant, par exemple le liniment de formule suivante que nous empruntons à la pratique de H. Paillard.

Teinture d'opium un gramme ;

Teinture de belladone ... }
Teinture de jusquiame ... } aa deux grammes ;

Teinture d'iode }
Teinture de benjoin } aa 10 grammes.

Faire une application matin et soir. Recouvrir d'un pansement ouaté.

Administrer par la bouche une des préparations antigoutteuses dont il existe actuellement un certain nombre de spécialités (atophan, atoquinol, etc...) Au besoin administrer le colchique, soit sous la forme de teinture de colchique, soit sous la forme de colchicine. La tendance actuelle, très justifiée, est de n'utiliser les préparations de colchique que si la crise est importante et résiste aux médications précédentes.

Il est toujours bon de s'assurer en pareil cas que l'état du cœur, du foie et des reins permet l'administration de ce médicament.

Mettre le malade à la diète ou au moins à une diète relative et assurer la régularité des gardes-robres.

2°) Traitement de la goutte chronique du tendon d'Achille. — Ici encore nous aurions à répéter le traitement d'ensemble de la goutte chronique. Nous ne faisons qu'en énumérer les indications générales en nous réservant d'insister sur les indications spéciales liées à la localisation.

a) INDICATIONS GÉNÉRALES.

Régime alimentaire.

Vie hygiénique avec bonne aération, exercice et sport dans la mesure du possible.

Cure de diurèse faite soit dans une station hydro-minérale, soit à domicile à l'aide de boissons aqueuses et diurétiques.

Médications éliminatrices de l'acide urique.

b) INDICATIONS SPÉCIALES.

1) *Chaussures.* — Les chaussures ne doivent exercer aucune constriction sur la lésion. Le malade devra porter des chaussures basses ; s'il porte des chaussures hautes, celles-ci devront être exécutées en cuir très souple et jamais serrées. Un de nos malades avait fait confectionner des chaussures à soufflet postérieur limité par deux coutures latérales de manière à ce que le tophus achilléen ne soit aucunement gêné.

2) *Bandage du pied.* — Schanz, Baracz recommandaient le port de bande de diachylon ; cette conception provient de ce que ces auteurs étaient toujours hantés par l'idée de traumatisme du tendon d'Achille et par la nécessité d'une contention. Personnellement cette précaution nous a paru inutile dans tous les cas que nous avons observés.

3) *Marche.* — Autant la marche est proscrite en cas d'accès aigus, autant il convient de la recommander lorsque les lésions sont chroniques et peu douloureuses. Elle fait partie du traitement hygiénique général de la maladie. Elle n'accentue certainement pas les lésions locales.

4) *Massages.* — Nous les recommandons peu ; faits brutalement ils peuvent réveiller une crise ; faits doucement ils ne favorisent guère la résorption du tophus goutteux. Ils ne peuvent agir que sur la cellulite péri-tendineuse. S'ils ne peuvent pas être pratiqués par des masseurs prudents et exercés il paraît préférable de les éviter.

5) *Hydrothérapie.* — L'hydrothérapie chaude peut être utile à la double condition suivante qui nous paraît formelle : d'abord qu'il ne soit jamais fait de percussion vive sur la région malade ; ensuite que l'hydrothérapie ne soit pas mise en œuvre au cours d'une cure de diurèse active. Faute de cette double précaution on peut voir se réveiller des accès.

6) *Applications de boues.* — Nous ne les avons jamais pratiquées mais nous ne pouvons pas nous dis-

penser de les signaler. Il est très vraisemblable que les bains de boues tels qu'on les pratique à Dax sont susceptibles d'amener une amélioration chez les malades atteints d'achilléite goutteuse.

7) *Bains locaux de lumière bleue.* — Nous nous sommes très bien trouvé de prescrire les bains locaux

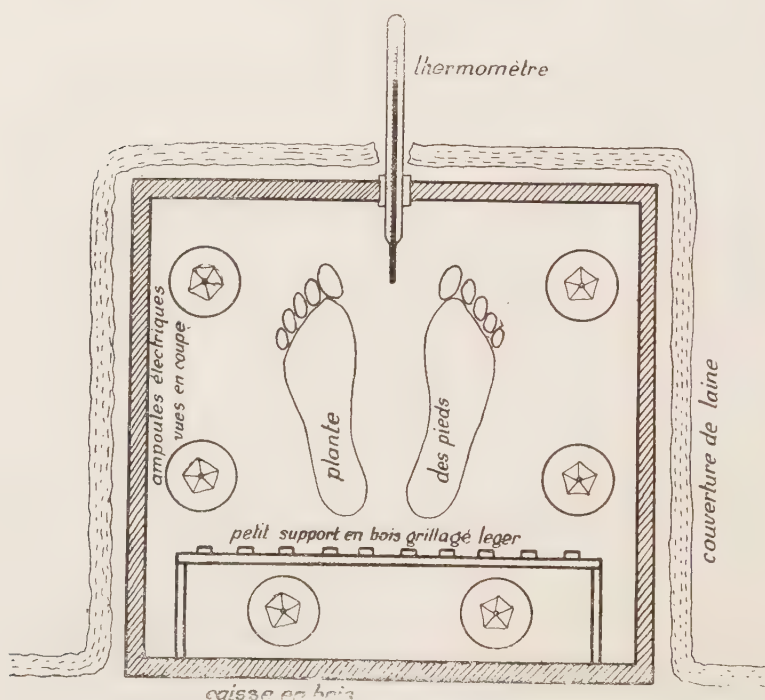


FIG. 4. — Le bain électrique de lumière bleue des pieds.

de lumière et de chaleur électriques. Le malade insère les pieds dans une boîte calorifugée, munie d'ampoules bleues, et prend ainsi un bain de 20 minutes, répété tous les jours pendant dix, douze, quinze jours. Ce traitement amène souvent une sédation notable.

La plupart des appareils existants permettent diffi-

cilement l'irradiation de la région achilléenne lorsque le malade est en décubitus dorsal. Nous conseillons donc avec H. Paillard : ou bien, de faire coucher le malade à plat ventre pour permettre une bonne application des appareils usuels, ou bien d'employer le dispositif dont nous reproduisons ci-contre le schéma, (fig. 4), et qui peut être aisément réalisé par un électricien soigneux ; il existe, à la partie inférieure, des ampoules qui sont séparées des pieds par un petit support en bois grillagé léger.

Il nous a toujours paru préférable d'employer les ampoules de verre bleu car la lumière bleue à une action plus sédative que la lumière blanche.

CONCLUSIONS

1°) Les tendons d'Achille peuvent être le siège de manifestations goutteuses caractérisées :

a) par de l'infiltration tophacée des tendons (épaississement, induration, perte de souplesse) ;

b) par un endolorissement gênant le port de la chaussure et gênant la marche ;

c) parfois par de véritables crises aiguës de goutte à ce niveau.

2°) L'achilléite goutteuse peut être isolée, coïncider avec d'autres manifestations goutteuses articulaires, ou d'autres manifestations goutteuses tendineuses (en particulier des lésions des tendons extenseurs des doigts).

Il existe une forme tendineuse de la goutte (Lécorché, H. Paillard).

3°) Le traitement de la goutte des tendons d'Achille

est le traitement de la goutte en général. A titre d'adjuvant signalons l'heureuse action des bains locaux de lumière bleue.

Vu : *Le Doyen*,
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*,
Léon BINET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BACQUÉ (B.). — *Tendinite achilléenne bi-latérale*. — Gaz. hebdomadaire des Sciences Méd. de Bordeaux, n° 12, 25 mars 1906, p. 136.
- BARACZ (R. Von). — *Tendinitis Achillea arthritica comme forme clinique de l'« état morbide particulier du tendon d'Achille »*. — Zentr. Bl. f. Chir., n° 1, 6 janvier 1906. Analysé par Sabrazès in Gaz. hebdomadaire des Sciences méd. de Bordeaux, n° 12, 25 mars 1906, p. 135.
- BLUM. — *Chirurgie du pied*, 1888, p. 186 et p. 208-209.
— Diction. encycl. des Sciences méd., 1886, 3^e série, tome XVI (tome 95 de la collection), *article ténosites*, p. 352.
- BOVIS (R. de). — *A propos des achillodynies. Contribution à l'anatomie topographique et à la pathologie de la face postérieure du talon*. — Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, déc. 1898, p. 745.
— *Périténosites. Remarques sur la « tumeur du pied »*. — Union méd. de l'Est, n° 8, 30 avril 1899, p. 114.
— *Teudinities et périteudinities*. — Sem. médic., n° 30, juill. 1907, p. 349.
- CHAUFFARD (A.). — *Les dépôts locaux de cholestérine et leur rapport avec la cholestérinémie*. — Rev. de Méd., oct. 1911, p. 176.

- CHAUFFARD et TROISIER. — *Goutte et cholestérinémie*. — Ann. de Méd., 1921, n° 3, p. 149.
- CHAUFFARD, BRODIN et GRIGAUT. — *Le dosage de l'acide urique dans le sang*. — C. R. de la Soc. de Biol., 8 mai 1920, n° 16, p. 672.
- CHAUFFARD et WOLF. — *Structure et évolution des tophi goutteux*. — Press. méd., n° 97, 5 déc. 1923, p. 1.013.
- D. M. — *Trois erreurs de diagnostic à l'occasion d'accès de goutte aiguë*. — Press. méd., n° 104, 30 déc. 1922, p. 2.178.
- DREHMANN (G.). — *Un état morbide particulier du tendon d'Achille. Remarques à propos du travail de A. Schanz*. — Zentr. Bl. f. Chir., 6 janv. 1906, n° 1, analysé par Sabrazès in Gaz. heb. des Sciences méd. de Bordeaux, n° 11, 18 mars 1906, p. 123.
- DUREL (L.). — *Essai sur la maladie de Dupuytren (Rétraction de l'aponévrose palmaire)*. — Thèse, Paris, 1888.
- DYCE DUKWORTH. — *Traité de la goutte*. Trad. Rodet, Paris, 1887.
- FOLET. — *Cellulite péri-tendineuse du tendon d'Achille, chronique et limitée*. — Arch. gén. de Méd., tome II, 1883.
- *Auto-observation de furonculose. Arthritisme et végétarisme*. Bull. méd., n° 14, 1900, p. 155.
- FONTAINE (L.). — *Achillodynies par exostoses rétro-calcanéennes*. — Thèse, Paris, 1911-12.
- GARROD (A. Barring). — *The nature and treatment of Gout and rheumatic gout*. London, 1859.
- KIRMISSON. — *Contribution à l'étude des affections du tendon d'Achille. Cellulite péri-tendineuse du tendon d'Achille et fibromé double du tendon d'Achille*. — Arch. gén. de Méd., 1884, tome XIII, p. 100.
- KLEMPERER. — *Recherches sur la goutte et les calculs uriques du rein*.
- LANCEREAUX. — *De la ténosité syphilitique*, in traité de la syphilis, 1886, p. 264.
- LANNELONGUE (M.). — *Kyste hydatique dans le tendon d'Achille*.

- Académie des Sciences, 6 janv. 1902, in *Rev. de Chir.*, tome XXVI, p. 887.
- LARGER (P.). — *Contribution à l'étude de la ténosité crépitante et séreuse (aï douloureux) produite par torsion de la main sur l'avant-bras*. *Rev. de Chir.*, 1882, tome II, p. 399.
- LÉCORCHÉ. — *Traité de la goutte*. Paris, 1884.
- LEMÉE. — *Contribution à l'étude de la pathologie du tendon d'Achille (Cellulo-tendinite)*. — Thèse, Bordeaux, 1907.
- LÉPER, R. GARCIN et J. TONNET. — *La goutte oxalo-cholestérinique*. — *Soc. méd. des Hôp.*, 21 mai 1926.
- LUFF (A.). — *La goutte*. Trad. Françon-Maloine, Paris, 1908.
- MIGNON et SIEUR. — *Cellulite péritendineuse des muscles de la loge antérieure de la jambe*. — *Arch. de Méd., de Chir., de Pharm. milit.*, 1900, tome XXV, p. 3.
- MINKOWSKI (O.). — *Die Gicht*. — Holder, Vienne, 1903.
- MOURIQUAND et BLANC PERDUCET. — *Article Goutte*, in traité de Path. méd. et de Thér. appliquée. Coll. Sergent, t. XXIII.
- PAILLARD (H.). — *Pléthore, lithopexie, hémotholie*. *Journal méd. franç.*, mars 1929.
- PAILLARD et M. DUREL. — *La goutte du tendon d'Achille*. — *La Clinique*, févr. 1931.
- PAUZAT. — *Aï crépitant de la jambe*. *Arch. de Méd., de Chir., de Pharm. milit.*, 1892, t. XX, p. 306.
- POULET et BOUSQUET. — *Traité de path. int.*, 1885, t. I, p. 392.
- RATHERY. — *Art. goutte du précis de path. int. de Gilbert et Fournier*, 1912.
- RAYNAL (E.). — *Cellulite péritendineuse du tendon d'Achille*. — *Arch. gén. de Méd.*, t. II, 1883, p. 677.
- RICHEL. — *Rupture du tendon d'Achille en un point insolite*. *Gaz hebdom. des Hôp. de Paris*, 1876, p. 66.
- RÖSSLER (A.). — *Achillodynie*. — *Dent. Zeischr. f. Chir.*, 19 déc. 1895. Vol. XLII, fasc. 3, p. 274, et *Press. Méd.*, 1896, n° 5, p. 32.

- ROMME (R.). — *L'Achillodynie*. Tribune médicale. Paris, 1896, p. 266.
- SABAIL. — *Tumeurs syphilitiques des tendons et des aponévroses*. Thèse, Paris, 1876.
- SCHANZ (A.). — *Un état morbide particulier du tendon d'Achille*. — Zentr. Bl. f. Chir., n° 48, 2 déc. 1905, analysé par Sabrazès, in Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux, n° 10, 11 mars 1906, p. 111.
- SICARD et MOUTIER. — *Cytologie du tophus goutteux*. — Congrès de Lisbonne, 1908.
- SYDENHAM (T.). — *Opera medica*. — Edition de Genève. — De Tournes frères, 1716, p. 459.
- TROISIER. — *Les nodosités rhumatismales sous-cutanées*. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1883, t. XX, p. 45.
- WEILL (M.-P.) et Ch. GUILLAUMIN. — *Le sang des goutteux. Etude chimique, physio-chimique et clinique*. — Journ. méd. franç., t. XIII, n° 6, juin 1924.
- WEILL et G. DETRÉ. — *Peut-on diagnostiquer la goutte au moyen de la radiographie*. — Press. Méd., 18 mars 1925, p. 351.
- WEILL et Ch. GUILLAUMIN. — *Le mécanisme physio-pathologique de la goutte*. Press. Méd., n° 23, 21 mars 1928, p. 358.
- WEISSENBACH et THIBIERGE. — *Recherches anatomo-cliniques et expérimentales sur la réaction du tissu conjonctif au voisinage des dépôts calcaires cutanés et sous-cutanés*. — Ann. de Dermat. et Syph., 1913, t. IV, p. 513.
- WOLF. — *Le tophus goutteux*. — Journal médical français, t. XIII, n° 6, juin 1924.
- WORTHE (I. E. Mac) et C. WEEKS. — *Xanthomes multiples des tendons*. — Surg. Gynécol. and obst. Vol. XL, n° 2, févr. 1925, p. 199-206.
-

